UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER N° 96

FACULTÉ DE MÉDECINE

DE

QUELQUES MOYENS

EMPLOYÉS A LA MATERNITÉ DE VAUCLUSE

DANS LA LUTTE CONTRE LA MORTALITÉ INFANTILE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 27 Juillet 1912

PAR

Georges PASSELÈGUE

Né à Saïgon (Cochinchine), le 9 octobre 1885

EX-INTERNE DES HOPITAUX D'AVIGNON

EX-RÉPÉTITEUR DU COURS D'ACCOUCHEMENT A LA MATERNITÉ DE VAUCLUSE

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examinateurs de la Thèse — VALLOIS, professeur, *Président*; BAUMEL, professeur.; LEENHARDT, agrégé.; P. DELMAS, agrégé. — *Assesseurs.*

MONTPELLIER

IMPRIMERIE FIRMIN et MONTANE

Rue Ferdinand-Fabre et quai du Verdanson

1912

DE

QUELQUES MOYENS

EMPLOYÉS A LA MATERNITÉ DE VAUCLUSE

DANS LA LUTTE CONTRE LA MORTALITÉ INFANTILE

UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

N° 96

FACULTÉ DE MÉDECINE

DE

QUELQUES MOYENS

EMPLOYÉS A LA MATERNITÉ DE VAUCLUSE

DANS LA LUTTE CONTRE LA MORTALITÉ INFANTILE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue devant la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 27 Juillet 1912

ACAD. LOGD. BAT. BIBL.

PAR

Georges PASSELÈGUE

Né à Saïgon (Cochinchine), le 9 octobre 1885

EX-INTERNE DES HOPITAUX D'AVIGNON

EX-RÉPÉTITEUR DU COURS D'ACCOUCHEMENT A LA MATERNITÉ DE VAUCLUSE

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Examinateurs de la Thèse

VALLOIS, professeur, *Président*
BAUMEL, professeur.
LEENHARDT, agrégé.
P. DELMAS, agrégé.

Assesseurs.

MONTPELLIER
IMPRIMERIE FIRMIN et MONTANE
Rue Ferdinand-Fabre et quai du Verdanson

1912

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

Administration

MM.	MAIRET (✲)	Doyen.
	SARDA	Assesseur.
	IZARD	Secrétaire

Professeurs

Clinique médicale	MM. GRASSET (O ✲). Chargé de l'enseig[t] de pathol et thérap. génér
Clinique chirurgicale	TEDENAT (✲).
Clinique médicale	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses	MAIRET (✲).
Physique médicale	IMBERT.
Botanique et histoire naturelle médicales	GRANEL.
Clinique chirurgicale	FORGUE (✲)
Clinique ophtalmologique	TRUC (✲).
Chimie médicale	VILLE.
Physiologie	HEDON.
Histologie	VIALLETON.
Pathologie interne	DUCAMP.
Anatomie	GILIS (✲).
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie	ESTOR.
Microbiologie	RODET.
Médecine légale et toxicologie	SARDA.
Clinique des maladies des enfants	BAUMEL.
Anatomie pathologique	BOSC.
Hygiène	BERTIN-SANS (H).
Pathologie et thérapeutique générales	RAUZIER. Chargé de l'enseignement de la clinique médicale.
Clinique obstétricale	VALLOIS.
Thérapeutique et matière médicale	VIRES.

Professeurs adjoints : MM. De ROUVILLE, PUECH, MOURET.

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Profes. honoraires : MM. E. BERTIN-SANS (✲), GRYNFELTT, HAMELIN (✲),

Secrétaire honoraire : M. GOT.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées	MM. VEDEL, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards	LEENHARDT, agrégé.
Pathologie externe	LAPEYRE, agr. l. (ch. de c.)
Clinique gynécologique	De ROUVILLE, prof.-adj.
Accouchements	PUECH, profes.-adjoint.
Clinique des maladies des voies urinaires	JEANBRAU, a. l. (ch. de c.)
Clinique d'oto-rhino-laryngologie	MOURET, profes.-adj.
Médecine opératoire	SOUBEYRAN, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE.	MM. LEENHARDT.	MM. DELMAS (Paul).
VEDEL.	GAUSSEL.	MASSABUAU.
SOUBEYRAN.	RICHE.	EUZIERE.
GRYNFELTT (Ed.).	CABANNES.	LECERCLE.
LAGRIFFOUL.	DERRIEN.	FLEIG, chargé des fonct

Examinateurs de la thèse ;

MM. VALLOIS, professeur, *président.*	MM. LEENHARDT, *agrégé.*
BAUMEL, *professeur.*	P. DELMAS, *agrégé.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur et qu'elle n'entend leur donner ni approbation, ni improbation

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

A MA MÈRE

A MA FEMME

A MON FRÈRE
A MA FAMILLE, A MES BEAUX-PARENTS

A TOUS CEUX QUE J'AIME

G. PASSELÈGUE.

A MON MAITRE LE DOCTEUR PAUL CASSIN

En témoignage de ma profonde reconnaissance.

G. PASSELÈGUE.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR VALLOIS

PROFESSEUR DE CLINIQUE D'ACCOUCHEMENTS A L'UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER
MÉDECIN EN CHEF DE LA MATERNITÉ

A MONSIEUR LE PROFESSEUR BAUMEL

PROFESSEUR DE CLINIQUE DES MALADIES DES ENFANTS
A L'UNIVERSITÉ DE MONTPELLIER

A MESSIEURS LES PROFESSEURS-AGRÉGÉS

LEENHARDT ET DELMAS

G. PASSELÈGUE.

A MES MAITRES

DE LA FACULTÉ DE LYON ET DES HOPITAUX D'AVIGNON

G. PASSELÈGUE.

DE

QUELQUES MOYENS

EMPLOYÉS A LA MATERNITÉ DE VAUCLUSE

DANS LA LUTTE CONTRE LA MORTALITÉ INFANTILE

INTRODUCTION

Dans un pays comme le nôtre où le déficit des naissances va croissant, c'est un devoir de ne pas négliger un seul des moyens qui permettent de sauver quelques unes de ces frêles existences. La mortalité infantile, en effet, est une importante cause de dépopulation, et on a pu dire avec raison qu'elle constitue un péril social, au même titre que l'alcoolisme, la tuberculose et la syphilis. Chaque année 14.500 enfants environ, de zéro à un an, meurent en France. Et, si l'on recherche les causes de cette effroyable léthalité, on constate avec P. Budin que pour une grande part, elle est due à l'alimentation défectueuse des nourrissons et surtout à l'allaitement artificiel mal dirigé.

On conçoit facilement que l'enfance abandonnée, celle qui est presque toujours fatalement condamnée à l'allai-

tement artificiel dès la naissance, doit payer plus que tout autre un bien lourd tribut. Rien ne peut, en effet, pour un enfant, remplacer le lait de sa mère, et, à ce sujet, on ne peut que se reporter à la statistique (1) si éloquente dressée, il y a quelques années, par le docteur Petit dans le service de Pinard et portant sur 1896 enfants. Elle donne les résultats suivants :

Mortalité des enfants nourris au sein par leur propre mère.	15 %
Mortalité des enfants nourris à distance . . .	63 %
Mortalité des enfants nourris à l'allaitement artificiel dans leur famille	32 %
Mortalité des enfants abandonnés par leur mère qui vient se placer dans une grande ville .	50 %

Cette statistique est à rapprocher de celle de Commandeur.

STATISTIQUE LYONNAISE (Commandeur)

Mortalité des enfants :

Nourris au sein maternel	15 %
— s'ils y sont 3 mois.	26 %
— — 5 mois.	20 %
— au-delà.	13 %
Allaitement artificiel par mère. . .	30 %
Nourris au sein mercenaire	32 %
— au biberon.	52 %

(Conférence à la « Mutualité Maternelle de Lyon », dans l'*Avenir de la Mutualité* du 12 août 1911).

---

(1) Marfan. Traité de l'allaitement.

Elle montre d'une façon éloquente non seulement l'influence bienfaisante du sein maternel, mais encore des soins donnés par la mère à son enfant, puisque la mortalité des nourrissons allaités artificiellement par leur mère est inférieure à celle des nourrissons confiés à un sein mercenaire.

S'efforcer de réduire le nombre des abandons et, au cas où la chose est impossible, faire partager à ces déshérités le lait maternel des nourrissons trop fortunés, n'est-ce pas là le but que doit poursuivre toute œuvre sociale de protection de l'Enfance?

Durant nos années d'internat à l'hôpital d'Avignon, nous avons avons pu apprécier dans le service du docteur Cassin, précisément à ce double point de vue, quelques innovations intéressantes qui, soumises à MM. les professeurs Vallois et Baumel, leur ont paru dignes de faire le sujet d'une thèse.

Une première partie de notre travail comportera donc une étude sur les enfants abandonnés et sur quelques moyens de réduire le nombre des abandons. Dans une seconde partie, nous exposerons quelques modifications originales que nous avons vu apporter, à la Maternité de Vaucluse, dans l'allaitement au sein des nourrissons de l'Assistance publique.

PREMIÈRE PARTIE

D'une façon générale, les enfants confiés à l'Assistance publique comprennent :

1° Les enfants assistés dans le cadre desquels rentrent :

Les enfants trouvés ;

Les enfants abandonnés ;

Les orphelins pauvres ;

2° Les enfants confiés à l'administration, par décision judiciaire (enfants maltraités ou moralement abandonnés) ;

3° Les enfants secourus temporairement.

Le groupe des enfants abandonnés est de beaucoup le plus important : c'est celui qui fournit le plus gros contingent à l'Assistance publique, c'est donc lui qui nous occupera tout spécialement.

Des abandons

Il faut remonter au moyen-âge pour trouver l'origine des premiers tours qui pendant longtemps ont constitué le seul mécanisme légal des abandons. On retrouve encore à l'entrée de plus d'une église les vestiges de ce qu'étaient les tours de cette époque. C'est dans une large

coquille de pierre, placée en avant de la porte d'entrée, qu'on déposait, durant la nuit, les enfants abandonnés.

Mais c'est à Montpellier, qu'apparaît, pour la première fois en France, une assistance organisée. Vers 1160, en effet, un ordre religieux de cette ville, non seulement hospitalise les abandonnés, mais les place en nourrice et surveille ces nourrices.

Cet exemple est suivi et des établissements analogues se multiplient en Bourgogne et en Lorraine pour de là, gagner l'Etranger (1).

Mais combien insuffisantes sont ces premières manifestations de la charité en faveur de l'enfance abandonnée.

« De telles ressources, dit Maxime du Camp, étaient illusoires et les pauvres petits dès qu'ils pouvaient se traîner sur leurs jambes, s'en allaient mendier par les rues pour obtenir de quoi ne pas mourir de faim. Bien heureux quand ces enfants trouvés n'étaient pas l'objet d'un trafic plus ou moins révoltant (2). »

En 1638, Vincent de Paul reprend l'Œuvre des enfants trouvés, mais ce n'est que bien plus tard, en 1811, que l'Assistance publique est réorganisée par une série de décrets. C'est à cette date que l'installation générale des tours est officiellement ordonnée. Le tour était un appareil tournant très facilement sur son axe et dont un côté était disposé de façon à recevoir un enfant. Ce côté était-il tourné vers l'extérieur, on pouvait y déposer l'enfant sans être aperçu de l'intérieur. La conséquence de cette prescription fut une augmentation imprévue du nombre des enfants abandonnés.

---

(1) Sébastien Turquan. La protection des nourrissons et des enfants à travers les âges.

(2) Maxime du Camp. Paris, ses organes, ses fonctions et sa vie.

Contre 4.000 enfants qui se trouvaient confiés aux orphelinats publics en 1784, il y en avait en 1815 : 68.000, en 1819 : 99.000, en 1834 : 134 000 (1).

Aussi, en 1850, le tour est-il définitivement supprimé. On le remplace par un mode d'admission tout différent : c'est dans les bureaux de l'Inspection, en plein jour, devant témoins, que se font les abandons. On ne tarda pas à constater les inconvénients du nouveau système : outre ce qu'avait de pénible pour une mère, toute la série des nombreuses formalités qu'elle avait à subir, les longues attentes n'étaient pas sans être très préjudiciables pour l'enfant. Aussi, dès 1887, le département de la Seine pratique l'admission à bureau ouvert : dès lors, aucune formalité ne précède l'abandon et les personnes qui apportent l'enfant sont averties par une affiche qu'elles peuvent se dispenser de répondre à toute question. Peu à peu ce principe d'admission fut étendu à toute la France et fut définitivement consacré par la loi de 1904.

Le système actuel des abandons succède à un mode d'admission qui a eu tout au moins un avantage : celui de montrer que le moyen de diminuer les abandons n'appartenait pas au législateur. Tel qu'il est, il est une nécessité et on ne doit point chercher à empêcher l'abandon, mais se préoccuper de ses causes pour en trouver le remède.

Quelles sont donc ces causes ?

Enfant abandonné étant presque toujours synonyme d'enfant illégitime, nous pouvons diviser les causes de l'abandon en deux grands groupes :

Les unes sont en effet d'ordre moral.

Les autres d'ordre matériel.

---

(1) Münsterberg. L'assistance.

Les causes d'ordre moral ont relativement moins d'influence sur l'abandon, cependant le manque de ressources n'est point toujours seul en cause et le sentiment maternel, qui apparaît avec plus ou moins d'intensité au moment de l'accouchement comme une sorte de prime aux souffrances de la mère, est souvent insuffisant : tantôt c'est l'inconduite qui le dispute à l'égoïsme pour encourager la fille à étouffer les sentiments de la mère et la décider à se débarrasser sur la société de ce qu'elle considère comme un fardeau gênant. Combien souvent aussi la fille-mère trompée par son séducteur, ne voyant dans son enfant que la preuve éternelle de sa faute, ne se sent pas le courage d'affronter la société parfois si injustement sévère pour ces malheureuses.

Dans des cas semblables, c'est donc surtout une aide morale qui est nécessaire et à ce point de vue, les Gouttes de Lait et les consultations de nourrissons peuvent donner à la fille-mère affolée par sa responsabilité, les conseils médicaux et le soutien moral tout aussi indispensable.

Les consultations de nourrissons créées par Budin qui, en 1892, installa la première de toutes dans son service de la Charité, ont pour but de faire revenir régulièrement, avec leur enfant, les femmes qui ont accouché dans un service donné, de peser et d'examiner le nourrisson, de donner aux mères tous les encouragements possibles pour qu'elles continuent d'allaiter et tous les conseils et l'aide nécessaires pour qu'elles mènent à bien cet allaitement.

Quant aux Gouttes de Lait, les docteurs Variot et Dufour qui en sont les promoteurs, les définissent de la façon suivante :

« La Goutte de Lait est une œuvre qui lutte contre la mortalité infantile par tous les moyens possibles ; elle encourage l'allaitement maternel, elle distribue du lait

quand le lait fait défaut ou est insuffisant (1). » Mais en aucun cas une Goutte de Lait ne doit être une distribution de lait sans contrôle et, suivant l'expression de Dufour, on n'y doit délivrer du lait aux mères que faute de mieux.

Les Gouttes de Lait se sont multipliées en France, mais elles ne se sont peut-être pas toutes développées dans le sens désiré par leurs promoteurs. Dans nombre de villes, en effet, la Goutte de Lait est une œuvre tout à fait indépendante des Maternités, et combien dès lors plus limitée quant aux services qu'elle doit rendre.

Nous avons pu voir fonctionner à Avignon dans le même bâtiment, trois services différents, mais si dépendants et si solidaires lesuns des autres qu'en réalité ils n'en forment qu'un seul : Maternité, Consultations de nourrissons et Goutte de Lait ne sont que les anneaux d'une même chaîne, inséparables les uns des autres. Combien de fois nous avons pu voir la fille-mère, échouer, complètement désemparée avec des intentions fermes d'abandon, reprendre peu à peu courage, sortir de la Maternité emportant son enfant qu'elle allaite. Elle quitte un service mais pour revenir régulièrement à la consultation des nourrissons où on la dirigera vers la porte voisine, à la Goutte de Lait. Là, elle ira, non pas chercher un peu de lait artificiel destiné à l'aider dans sa tâche d'allaitement au sein, mais conter sa détresse et recevoir l'aide morale dont elle a tant besoin.

Bientôt, la pauvre délaissée, qui voit ces femmes charitables se pencher pleines d'intérêt vers son infortune, va se donner tout entière à son enfant dont elle est fière maintenant, elle qui en rougissait jadis.

---

(1) Maygrier. — Les œuvres sociales de protection de la première enfance. — *Revue philanthropique,* octobre 1909.

Souvent les conséquences n'en sont pas seulement heureuses pour l'enfant. Il arrive fréquemment que le père de celui-ci en voyant sa progéniture s'élever pleine de santé, s'attache, tardivement peut être, mais assez tôt cependant pour régulariser la situation. Par attachement de la mère et de l'amant à leur progéniture, un ménage légitime se crèe.

A la Maternité de Vaucluse, nous avons pu observer ce fait maintes fois et nous citerons entre autres l'observation suivante :

Aline R..., 24 ans, fille-mère, accouche à la Maternité, le 12 mars 1911, décidée à abandonner son enfant. Sur les instances du docteur Cassin qui lui fit entrevoir le secours de 30 fr. donné dans le département de Vaucluse aux filles-mères, elle consent à le garder. Elle revient assidûment aux Consultations et reçoit avec fruit les conseils de la Goutte de Lait. Son enfant est en excellente santé et trois mois après elle est mariée au père de celui-ci.

Dans le courant de l'année, elle vint, durant cinq mois, donner des demi-lait à la Crèche des nourrissons abandonnés, et, à la voir sérieuse et dévouée se presser trois et cinq fois par jour pour donner, souvent à des nourrissons bien misérables, le lait dont elle avait en abondance, nous ne pouvions reconnaître la fille mère qui avait échoué, un soir, à la Maternité, habillée de vêtements trop luxueux et qui refusait les chemises de l'Hôpital parce que trop inélégantes.

Les secondes, les plus importantes des causes d'abandon sont d'abord le manque de ressources de la fille-mère et ensuite la difficulté, voire même l'impossibilité dans

laquelle elles sont généralement de trouver un travail qui leur permette d'allaiter leur enfant.

L'article 7 de la loi de 1904 a prévu ce manque de ressources de la façon suivante : « Dans les conditions prévues à l'article 3 de la présente loi, un secours est accordé pour permettre à la mère pauvre de garder et nourrir son enfant ou de le placer en nourrice. Le mode, la quotité, la périodicité et la durée du secours sont réglés par le Conseil général ».

C'est dire que ce secours sera variable bien qu'il ait toujours un caractère commun : son extrême insuffisance.

Or, les secours préventifs d'abandon ne doivent pas être dérisoires, et, ainsi que le dit Variot, il ne faut pas qu'ils se répandent comme des miettes, comme des brides sur la population bénéficiaire ; il faut qu'ils produisent leur plein effet et aussi qu'ils soient suffisamment prolongés pour qu'au cours de l'élevage, la mère ne soit pas dans l'obligation de se séparer de son enfant, soit par l'abandon à l'assistance publique, soit par le placement au rabais en nourrice.

Dans la plupart des départements, les secours ne dépassent pas 15 fr., parfois même ils atteignent à peine 10 fr. Et c'est avec cette aide, que la fille-mère doit subvenir à ses propres besoins et à ceux de son enfant.

Dans le département de Vaucluse, le taux mensuel du secours payé à la fille-mère était de 12 fr. 50. A différentes reprises, les inspecteurs de l'Assistance avaient fait remarquer au Conseil général que les sacrifices consentis chaque année par le département étaient loin d'atteindre le but poursuivi, c'est-à-dire la diminution de la mortalité des enfants admis, puisque, dès le premier

mois de leur immatriculation, ils succombaient dans la proportion de 50 p. 100.

Le Conseil général, sur les instances du vice-président de la Commission administrative, M. Verdet-Kléber, consentit à élever le secours de 12 fr. 50 à 30 fr. pour la première année, de 9 fr. à 20 fr. pour la seconde année, de 9 fr. à 10 fr. pour la troisième année.

En outre, une prime mensuelle de 10 fr. fut allouée aux filles-mères qui élevaient avec soin leur enfant. Il en est résulté une augmentation de dépenses de 25.040 fr. + 760 fr. destinés aux primes. Ces dépenses se partagent de la façon suivante : 2/5 à la charge de l'Etat, 2/5 à la charge du département 1/5 à la charge des communes.

Comme on peut le voir d'après la statistique donnée plus loin, la diminution des abandons qui fut à peu près du quart dès la première année, alors que son plein effet ne pouvait encore être obtenu, doit arriver dans les années suivantes à atteindre facilement le tiers et même davantage.

La fille-mère se trouve donc, de cette façon, assimilée à une nourrice mercenaire. On a pensé avec raison qu'il était plus simple de verser directement à celle-ci l'argent qu'il aurait fallu donner à la nourrice de l'enfant. En outre, la prime d'allaitement est un encouragement qui n'est jamais dédaigné.

De quelle manière une semblable prime sera-t-elle donnée ?

La présentation de l'enfant peut suffire, mais il semble bien que son application équitable exige, pour corollaire indispensable, une entente plus étroite que celle qui existe entre les inspecteurs de l'Assistance et les médecins du même service.

C'est sur la proposition de ces derniers, en effet, que la

prime de nourrissage doit être donnée. Dans chaque circonscription d'assistance, le médecin qui en est chargé pourrait constater d'abord le genre d'allaitement du nourrisson, les soins intelligents à lui donnés, bref, le degré de perfection du nourrissage. Il dresserait une liste des filles-mères dignes de la prime et l'enverrait à l'inspecteur départemental.

D'ailleurs, la tâche de certains médecins-inspecteurs, déjà bien ingrate, se trouve quelquefois compliquée par le service d'assistance. Les nourrissons qu'ils ont à visiter sont souvent, en effet, disséminés dans les coins les plus reculés de chaque région.

Le médecin, occupé par ailleurs, est obligé souvent de profiter des hasards de sa clientèle pour visiter ces nourrissons, l'insuffisance de l'allocation ne lui permettant pas de consacrer toute une demi-journée à la visite d'un seul de ces nourrissons.

Il serait à souhaiter qu'on groupât davantage les nourrissons de l'assistance et qu'on renonçât à ces expéditions lointaines dont ceux-ci n'ont généralement qu'à souffrir.

En éloignant l'enfant abandonné de sa mère, on veut, avant tout, cacher à celle-ci le lieu du dépôt. Mais cette préoccupation doit-elle entrer en ligne de compte quand la santé de l'enfant est en jeu ?

Souvent la meneuse qui est chargée de leur placement est obligée, pour arriver au refuge lointain et perdu, d'employer les moyens de locomotion les plus variés au cours de fatigues plus ou moins préjudiciables pour le nourrisson. Et lorsqu'il s'agit d'enfants malades qu'on ramène de nourrice, la longueur du voyage ne fait généralement qu'aggraver leur mauvais état de santé.

L'Inspecteur actuel du département de Vaucluse a essayé de réagir contre cette habitude. Il s'est efforcé de

grouper dans le département, tous les nourrissons qui lui sont confiés et les résultats de cette nouvelle façon de faire ont déjà donné d'excellents résultats.

Comme on le voit, grâce à l'intérêt apporté par les médecins inspecteurs à l'attribution des primes, celles-ci peuvent rendre des services au même titre que les secours temporaires.

Tout comme les primes, cependant, l'augmentation des mensualités aux filles-mères aura toujours contre lui l'argument budgétaire. Le fait, dira-t-on, de doubler et même de tripler les dépenses réservées aux enfants assistés entraîne des charges nouvelles qui peuvent ne pas être supportées par tous les départements.

Cependant, avec un peu de réflexion, on se rend compte que ces dépenses sont bien moins élevées qu'on ne l'imagine au premier abord. Non seulement l'argent destiné aux nourrices dans les cas d'abandon, se trouve, de cette façon, purement et simplement reporté sur la mère, mais la réduction fatale du nombre des abandons ainsi obtenus permet, pour le département, de réaliser les économies qui en sont la conséquence.

Tous les abandons, en effet, qui n'auront point eu lieu par le fait de l'augmentation des secours, correspondront à autant d'enfants assistés qui auraient été à la charge du département jusqu'à douze, treize et même quinze ans, et qui ne coûteront que juste la somme équivalente à la durée très limitée du secours, c'est-à-dire 3 ans.

Et même si, malgré cela, le département était obligé d'augmenter un peu la somme destinée aux enfants assistés, ce petit sacrifice ne serait-il pas largement compensé par les résultats ?

On peut dire, en effet, que réduction du nombre des abandons est synonyme de diminution de la mortalité

infantile. La chose est si vraie, que le service des enfants secourus, qu'il soit public ou privé, qu'il appartienne à des œuvres comme celle de Madame Béquet de Vienne, comme la société d'allaitement maternel, ou aux organisations départementales des enfants assistés, a toujours eu pour objet principal d'éviter l'abandon.

L'essai tenté dans le département de Vaucluse depuis plus d'un an, a donné, à ce point de vue, des résultats très encourageants. Nous ne regrettons qu'une chose, c'est que cette statistique ne soit pas plus âgée et ne nous permette de tirer nos conclusions que sur un laps de temps très court.

Nous donnons ici le nombre des abandons et la mortalité des années 1909 et 1910, antérieures à l'augmentation des secours, puis ceux de 1911, au cours de laquelle la modification a été appliquée.

ANNÉES	AGE	NOMBBE D'ABANDONS	DECÈS
1909	De 0 à 1 an.	81	50
	De 0 à 21 ans.	112	62
1910	De 0 à 1 an.	81	50
	De 0 à 21 ans.	106	63
1911	De 0 à 1 an.	66	23
	De 0 à 21 ans.	99	38

Comme on le voit, le chiffre des décès a subi un abaissement considérable correspondant à la diminution du nombre des abandons.

En voyant un semblable résultat, n'est-on pas en droit de se demander si l'idéal ne serait pas encore d'aug-

menter les secours destinés aux filles-mères. Ne pourrait-on pas élever la mensualité à 40 et même 50 fr., avec obligation pour la fille-mère de nourrir son enfant au sein jusqu'à 6 mois.

En réalité, l'allaitement au sein, obligatoire pour la fille-mère secourue, serait facile à obtenir sans trop exiger d'elle, si cette dernière avait la faculté de trouver facilement un travail lui permettant d'allaiter son enfant.

Cette lacune, au point de vue socio-légal, a été signalée depuis plusieurs années, et le professeur Baumel, un des premiers, déclare : « Qu'une salle spéciale devrait être affectée à cet usage particulier dans tout établissement commercial ou industriel où sont journellement occupées un grand nombre de femmes (1) ».

Ces vœux ont eu depuis peu d'années un commencement d'exécution. Ce sont, naturellement, les centres ouvriers qui appliquèrent les premiers cette heureuse innovation. Dès 1909, dans le petit bourg de Wasquehal, aux environs de Lille, elle se trouve réalisée. Dans la plupart des tissages et des filatures, les ouvrières qui allaitent leur enfant ont une chambre d'allaitement c'est-à-dire une salle bien aérée, chauffée à température constante, avec couchettes pour nourrissons. Chaque deux heures, quand l'enfant est dans les premiers mois de sa vie, la mère vient lui donner le sein; le reste du temps une femme, déléguée à cet effet, surveille les nourrissons (2). Les ouvrières peuvent ainsi, sans danger pour

---

(1) Congrès d'hygiène sociale de Montpellier, 19-21 mai 1905. Professeur Baumel.

(2) Revue philanthropique (15 septembre 1910).

Lutte contre la Mortalité infantile dans le département du Nord.

leur enfant, continuer leur travail et l'allaiter régulièrement.

Les usines et les manufactures de l'Etat ne tardèrent pas à suivre cet exemple : des crèches, à proximité des ateliers, furent créées qui, suivant le même principe, permettent aux mères de quitter le travail pour nourrir elles-mêmes leur enfant.

Une proposition de loi entra tout dernièrement en discussion, d'après laquelle les établissements commerciaux ou industriels seraient tenus de fournir les moyens à toute femme employée dans ces établissements d'allaiter son enfant.

Une semblable loi rendrait générales des mesures déjà partiellement appliquées et contribuerait pour beaucoup, avec les secours temporaires, à diminuer le nombre des abandons.

Augmentation des secours temporaires destinés aux filles-mères, primes d'allaitement données sous la surveillance des médecins inspecteurs, dont la tâche serait facilitée par un groupement plus judicieux des enfants de l'Assistance, règlements destinés à permettre aux filles mères un travail modéré, en rapport avec leur situation, sont donc toutes mesures qui, appliquées jusque-là d'une manière isolée, ont montré l'heureuse influence qu'elles pouvaient avoir sur la réduction du nombre des abandons et, par suite, sur la mortalité infantile.

DEUXIÈME PARTIE

Dans cette partie de notre travail, nous nous proposons de rendre compte d'un second groupe de modifications apportées à la maternité de Vaucluse et constituées :

1° Par le nourrissage à demi-lait des enfants de l'Assistance par des nourrices extérieures à l'hôpital.

2° Par leur placement tardif en nourrice, c'est-à-dire seulement lorsqu'ils ont à peu près atteint leur poids physiologique.

I

Nous ne croyons pas devoir insister sur la nécessité de l'allaitement au sein presque exclusif, dans les premiers mois de la vie tout au moins, lorsque l'enfant est de constitution vigoureuse, et prolongé au-delà d'un an lorsque celui-ci est de complexion chétive.

Depuis longtemps toutes les expériences tentées à ce sujet ont montré que, quelle que soit la pureté du lait de vache employé, il est bien inférieur au lait de la mère d'abord, au lait d'une nourrice ensuite, à condition toutefois que celui-ci soit donné suivant des règles bien déterminées.

Les statistiques des docteurs Léon Petit et Comman-

deur, que nous avons exposées dans nos premières pages, sont bien faites pour montrer combien peut être néfaste un allaitement au sein mal entendu.

Tandis, en effet, que la mortalité des enfants nourris par leur propre mère est de 15 %, celle des enfants nourris à distance est de 63 %.

Mais précisément, la vive campagne menée ces dernières années en faveur du lait de femme a eu tout naturellement pour résultat d'augmenter considérablement sa valeur. Alors que jadis il était relativement facile de trouver des nourrices destinées aux nouveaux-nés assistés, celles-ci, lorsqu'une tare physiologique n'y met pas obstacle, se dirigent de préférence vers les salaires privés qui sont rarement inférieurs à 50 et 60 francs.

Aussi, beaucoup de départements, qui avaient conservé leur salaire modique de 25 et 28 francs, sont dans l'obligation d'élever leur taux à 40 francs. Et malgré cela, le recrutement des nourrices sédentaires dans les Crèches, reste toujours difficile et nombre de nourrissons de la Crèche de Vaucluse ne pouvaient bénéficier du lait d'une nourrice avant ces quatre dernières années.

L'impossibilité où l'on était d'en trouver dans la ville et dans la région même, obligeait à chercher dans des centres éloignés, des nourrices souvent déplorables qu'on renvoyait parfois au bout de vingt-quatre heures. Les nourrissons en souffraient d'autant et malgré tous les soins dont ils étaient entourés, leur mortalité dépassait 5 0%.

C'est à cette époque que le docteur Cassin eut l'idée de se procurer le lait de femme nécessaire aux nourrissons de la Crèche en l'achetant à des mères habitant de préférence dans le voisinage de l'hôpital. De même qu'on payait le laitier suivant la quantité de lait de vache qu'il

fournissait journellement, de même on payait ces nourrices suivant le nombre de tétées qu'elles étaient susceptibles de donner à un enfant.

Avant d'étudier le fonctionnement de ce nourrissage à demi-lait, disons quelques mots sur le recrutement des mères donnant le demi-lait.

Recrutement des Nourrices a Demi-Lait

Le recrutement des nourrices à demi-lait, tel que l'entend le docteur Cassin, est une des conséquences appliquées de la Consultation des nourrissons.

Chaque enfant, en effet, et en même temps chaque mère, possède une fiche d'observation. Très rapidement, ces dernières au fur et à mesure de leurs accouchements, finissent par avoir un dossier très complet. Ce ne sont plus des inconnues et comme, généralement, les habituées de la Consultation sont des multipares, tout ce qui peut être tuberculose ou syphilis est facilement dépisté.

Car, la Consultation n'est point seulement une consultation de nourrissons, mais tout autant peut-être une consultation de mères. En les voyant fréquemment, il est facile de se rendre compte de la qualité et de la quantité de leur lait et, si telle mère en a trop abondamment, si son nourrisson a tendance à souffrir de cet excès, si, d'autre part, elle est vigoureuse et ne possède rien, ni dans ses antécédents, ni dans son état de santé actuel, qui soit un obstacle, on s'empressera de l'enrôler parmi nos marchandes de lait humain.

On lui achètera la quantité de lait qu'elle pourra donner, mais aux trois conditions suivantes :

1° Ne pas nuire à son propre enfant.

2° Ne pas nuire à elle-même.

3° Observer la loi Roussel, les nourrices sédentaires faisant seules exception à cette loi.

Un recrutement judicieux des nourrices entraîne nécessairement un choix tout aussi éclairé des nourrissons à allaiter. A des nourrices saines, au point de vue spécificité, par exemple, il conviendra de donner des nourrissons non spécifiques.

Mais que vont devenir les nouveaux-nés syphilitiques, qui, certes, plus que tous autres, ont besoin de l'allaitement au sein ? Grâce à la connaissance parfaite que l'on a de l'état de santé des nourrices, grâce aussi à la possibilité où l'on est parfois de connaître les antécédents de certains nourrissons, ce problème a pu être souvent solutionné à la Maternité de Vaucluse.

Citons, entre autres, le cas de Marie C..., dont nous donnons ici l'observation : il s'agit d'une femme, âgée de 35 ans, ayant eu successivement deux avortements, un accouchement prématuré de 7 mois 1/2 avec enfant mort-né, un quatrième enfin vivant, et soumis, comme la mère d'ailleurs, à un traitement mercuriel. Marie C... a présenté jadis des antécédents nettement spécifiques et ce n'est que grâce à un traitement sérieux qu'elle a pu accoucher d'un quatrième enfant vivant et en bonne santé.

Son lait est assez abondant et elle est capable de faire une bonne nourrice. A ce moment, accouche, à la Maternité, une femme syphilitique qui abandonne son enfant. Celui-ci est mis quelque temps au biberon, mais, malgré le traitement spécifique, malgré les soins dont il est entouré, les symptômes s'aggravent et une mort pro-

chaine est à prévoir. Son poids qui, à la naissance, était de 2 k. 800, se met à baisser progressivement.

Le docteur Cassin décida alors de lui donner Marie C..., qui cinq fois par jour vint lui donner le sein.

Bientôt, le poids de l'enfant cessa de décroître pour augmenter et atteindre assez rapidement son poids physiologique : l'enfant, toujours soumis au traitement, atteignit victorieusement sa première année et actuellement il est en bonne santé.

Comme on le voit, grâce à une connaissance parfaite des nourrices comme des nourrissons que l'on met en présence, on arrive à sauver non seulement les nouveaux-nés ordinaires, mais ceux que la spécificité condamne d'une manière irrémédiable.

Ce recrutement des nourrices à demi-lait, commencé à Avignon il y a quatre ans, rencontra peut-être, au début, quelques résistances de la part des mères. C'est, en général, le sort de toutes les œuvres nouvelles, mais le premier moment de défiance passé, les offres de nourrissage à demi-lait devinrent bientôt supérieures aux demandes.

Actuellement, il y a toujours de six à sept mères qui viennent donner le sein. Et parmi elles, comme on peut le constater par les observations suivantes, ce n'est pas la misère qui les pousse à venir à l'hôpital ; toutes possédant du lait en abondance, acceptent très volontiers de se déplacer plusieurs fois dans la journée pour tirer parti du lait inutile à leur enfant et introduire ainsi un peu de bien-être dans leur ménage.

Victorine B..., 20 ans, fille-mère, d'origine italienne, habite Avignon depuis 12 ans. A un enfant de huit mois. N'est point complètement dépourvue de ressources, cependant les 45 francs qu'elle gagne lui sont d'un grand secours.

Marie G..., 32 ans, française. Le mari gagne 4 francs par jour. A quatre enfants vivants et bien portants. Elle vient donner le sein trois fois par jour.

Aline R..., 24 ans, française, a accouché comme fille-mère à la Maternité le 12 mars 1911 ; s'est mariée depuis au père de son enfant qui gagne 5 francs par jour. Est venue durant cinq mois, tantôt trois, tantôt cinq fois par jour.

Eugénie C.... 25 ans, française, secondipare. Mari gagne 5 fr. 50. Possède du travail chez elle en qualité de giletière. Déclare venir au nourrissage parce qu'elle a trop de lait. Elle vient trois fois par jour.

Hélène A.., 20 ans, italienne, mariée depuis 4 ans. A deux enfants vivants. Mari gagne 4 francs par jour. Vient depuis cinq mois, tantôt trois fois, tantôt cinq fois par jour.

Maria N..., 22 ans, italienne. A deux enfants. Le mari gagne 3 francs par jour. Vient, depuis quatre mois, trois fois par jour.

Le recrutement n'est donc pas un obstacle à la méthode, et généralement le docteur Cassin n'a eu qu'à se louer, comme nous le verrons plus loin, de la conscience et du dévouement de beaucoup de ces mères.

Fonctionnement du nourrissage a demi-lait

Les nourrices à demi-lait une fois recrutées, la surveillante s'enquiert de leur adresse, de la possibilité pour chacune de venir trois ou cinq fois par jour. Elle consulte

alors le registre d'observation et suivant l'abondance du lait de la mère, suivant l'âge de son enfant, elle décide du nombre de tétées qu'elle donnera par jour. Tout ceci une fois approuvé par le chef de service, on fait le choix du nourrisson à lui donner.

Si la femme est vigoureuse, si son enfant est beau, on lui donnera de préférence un enfant chétif et malingre. Son lait semble-t-il moins bon, on lui donnera un nourrisson plus robuste, mais dans tous les cas, on cherchera toujours, autant que possible, à donner un lait de même âge que celui de l'enfant.

Les nourrices à demi-lait acceptent généralement le nourrisson qui leur est confié quel qu'il soit : celui qui est en bonne santé, aussi bien que le malade. Comme c'est aux plus robustes qu'on donne ces derniers elles comprennent vite le miracle qu'on attend d'elles et, par amour propre, elles s'attachent à l'existence qu'on leur demande de sauver et se consacrent tout entières à cette tâche.

L'observation suivante est bien propre à montrer combien une aussi noble émulation est capable de prodiges.

Pierre G..., né le 10 janvier 1911, pèse à sa naissance 3 k. 250 ; enfant abandonné. Est envoyé presque de suite en nourrice. Il en revient, le 3 avril 1911, dans un état lamentable : outre des vomissements continus, il présente un eczéma suintant de la face et du cuir chevelu avec polyadénite sous-maxilliaire rétro-cervicale et carotidienne très marquée. Agé de trois mois, il pèse 3 k. 200 ayant, par conséquent, perdu 50 grammes sur son poids de naissance. Ne présentant aucune trace de spécificité, il est confié à une nourrice à demi-lait qui, sans hésitation, malgré cet eczéma rebelle qui se prolongea pendant plus de six mois, vint, cinq fois par jour, lui donner le sein. Elle

continua de le nourrir jusqu'au mois de février 1912, époque à laquelle il sortit pesant 5 k. 100.

En constatant l'attachement de cette mère pour son nourrisson étranger, le docteur Cassin demanda et obtint que, contrairement à l'usage, l'enfant fut mis en nourrice chez elle. L'enfant, revu au mois d'avril dernier, pesait 7 k. 500.

Dans l'observation qui va suivre, on peut constater le même dévouement, bien que, cette fois, il ne reçut pas toute la récompense qu'il méritait.

— Gabrielle A .., âgée de sept mois, est ramenée mourante de nourrice, pesant 4 k. 800. Elle rentre le 26 juin 1912, avec des syptômes de choléra infantile grave. L'enfant est d'abord mise à l'eau de riz, puis confiée à une nourrice à demi-lait qui essaye en vain de lui faire prendre le sein. L'enfant n'ayant pas la force de téter, la nourrice entreprit de lui donner son lait à la cuillère, et pendant quinze jours, elle vint régulièrement cinq fois par jour, restant souvent une heure entière pour l'alimenter. La nuit, la petite malade était à l'eau de riz. La nourrice parvint ainsi, en lui faisant prendre une moyenne de 50 à 60 gr. par tétée, à la soutenir durant quinze jours. A la fin de la deuxième semaine, en effet, l'enfant mourut pesant 4 k. 720 et n'ayant pas perdu 100 gr. durant ces quinze jours.

Comment sont payées les nourices à demi-lait ? En principe, on leur achète la quantité de lait qu'elles sont susceptibles de donner. Cependant, pour que chaque nourrisson puisse avoir le lait d'une seule et même nourrice, on leur demande, autant que possible, de donner trois ou cinq tétées par jour. Dans le premier cas, elles touchent 1 franc par jour, dans le second, 1 fr. 50. Quand il

s'agit des cas normaux, elles sont tenues de ne pas donner moins moins de 100 gr. à chaque tétée. Dans les cas analogues à celui de notre dernière observation, la petite quantité de lait prise est largement compensée par la peine que prend la nourrice et par le temps qu'elle perd : aussi touchent-elles le même salaire.

Cette faculté de se procurer du lait de femme a une autre conséquence heureuse, celle de permettre le maintien à la Crèche, sous une surveillance médicale constante et prolongée, des nourrissons qui, placés, envoyés en nourrice au dehors ne tarderaient pas à succomber.

Le docteur Achille Lévy a fait une étude sur 136 nourrissons nés à la Maternité de Nancy (1). Il recherche l'état de santé des mères qui est en général bon, on ne relève parmi elles au point de vue pathologique que les douze cas suivants :

4 cas de bacillose ;
2 cas de syphililis ;
2 cas d'albuminurie ;
1 cas de rhumatisme articulaire aigu ;
3 cas de métrite, vaginite, blennorrhagie.

Quant à l'état de santé des nourrissons, un premier groupe comprend, 18 enfants qui présentent des antécédents, les uns anodins, les autres graves. Un 19e est atteint de spina-bifida, 4 autres de débilité congénitale, soit un total de 23.

Un second groupe se compose de 113 enfants qui semblent indemnes d'anamnestiques morbides.

Avec justesse, le docteur Lévy s'étonne que le taux de

(1) Revue philantropique, (15 juin 1910).

léthalité qui rationnellement devrait être de 23 sur 136, en exagérant même l'infériorité organique native, soit tout différent. La mort, en effet, s'acharne indistinctement sur les constitutions saines aussi bien que sur les faibles ; elle n'épargne pas les meilleures. Elle a fait exactement 31 victimes, parmi lesquelles 5 seulement des 23 nouveaux-nés taxés de moindre vitalité. Il semble donc que l'infériorité organique ne doive guère entrer en jeu puisqu'elle ne prend part dans le total des décès (22,8 %) que dans la proportion de 3,6 %.

Le docteur Achille Lévy recherche alors la cause de cette mortalité exagérée et la trouve dans la grande précocité de la mise des nourrissons en nourrice.

La Crèche départementale de Vaucluse, avant ces deux dernières années, ne pouvait hopitaliser les nourrissons que de 0 à 1 an. Et cependant combien sont-ils nombreux ces enfants abandonnés qui, bien qu'âgés de un an, ne correspondent physiologiquement qu'à des nourrissons de six mois. Aussi, étaient-ils le plus souvent condamnés à une mort certaine ceux qui, partis sans leur poids normal, ne pouvaient rentrer à nouveau à cause de leur âge.

Dans l'observation suivante, il s'agit d'un nourrisson, qui, à chaque départ de la Crèche, ne tardait pas à perdre tout le fruit de son séjour et finissait par succomber après un troisième retour de nourrice.

Gladie G..., née le 10 août 1909, revient de nourrice le 25 septembre pesant 2 k. 290. L'enfant, atteint de diarrhée verte avec fièvre, est confié à une nourrice à demi-lait. Le 29 octobre, son poids est de 2 k. 420. L'enfant reste stationnaire jusqu'en janvier, époque à laquelle elle est changée de nourrice, elle pèse alors 2 k. 580, le 20 janvier, son poids est de 2 k. 850, en février, 3 k. 070, en

mars, 3 k. 160, en avril, 3 k. 510. L'enfant, en très bon état, est renvoyée à l'extérieur. En mai 1911, elle est ramenée à la Crèche pour une broncho-pneumonie, elle sort guérie le 8 juin, mais revient à nouveau en juillet, pour mourrir, le 25, de méningite tuberculeuse.

Le docteur Cassin obtint de garder à la Crèche départementale les nourrissons jusqu'à l'âge de 2 ans, quand leur état de santé l'exigeait.

C'est seulement lorsque l'enfant a atteint son poids physiologique, quand ses moyens de résistance sont suffisants, qu'il est envoyé en nourrice à l'extérieur.

On arrive par ce moyen, grâce à l'allaitement presque exclusif au sein, surveillé attentivement, à sauver d'une mort certaine nombre d'existences.

Nous citons ici quelques observations qui montrent également les bons résultats du nourrissage à demi-lait et la nécessité de prolonger autant que possible le départ des enfants qui n'ont point atteint leur poids physiologique.

Gaston P... entre le 4 décembre 1909, âgé de deux jours. Il présente à l'entrée un ictère limité au tronc et à la face, consécutif à une infection du cordon, avec vomissements bilieux. Son poids est de 2 k. 390. Il est confié à une nourrice à demi-lait qui lui donne cinq tétées avec une moyenne de 50 grammes par tétée. Le reste est complété par des biberons. En janvier et février, les tétées sont de 100 puis 120 et même 250 grammes. Il sort en avril 1910 pesant 3 k. 200. Il revient le 20 octobre, pesant 3 k. 780, avec diarrhée et vomissements. Son état s'améliore et, fin novembre, il pèse 4 k. 140. Il revient à la consultation en janvier 1912 ; il est en très bon état et pèse 8 k. 900.

Alexis C..., né le 28 juin 1911. Abandonné par sa mère au bout d'un mois Son poids est de 2 k. 630. Est confié à une nourrice à demi-lait. Il présente un état cachectique avec diarrhée verte. Il reste stationnaire jusqu'en novembre. En décembre, il pèse 3 k. 120. En mars, il change de nourrice et pèse bientôt 3 k 340. En avril, 3 k. 430. En mai, 3 k. 810. En juillet, 4 k. 260. Actuellement, il doit probablement partir. Il est en bonne santé, au point de vue dentaire : sont sorties les deux incisives médianes inférieures, les supérieures étant en évolution.

Gabrielle T..., née le 3 octobre 1910. Entre le 12 octobre 1910. Athrepsique. Le poids, à l'entrée, est 1 k. 600. L'enfant est confiée, à une nourrice à demi-lait qui, celle-ci ne pouvant prendre le sein, est obligée de la nourrir à la cuillère. La moyenne des quantités prises sont les suivantes :

10, 20, 30, 30, 50, 20
50, 20, 40, 40, 45, 30
40, 10, 30, 20, 30, 50

La même nourrice l'alimente ainsi jusqu'au début de février 1911, époque à laquelle l'enfant est changée de nourrice. Elle pèse à ce moment 1 k. 770. La nouvelle nourrice lui donne également 6 tétées dans les moyennes de :

40, 50, 60, 40, 40, 50

Le 6 février, elle pèse 1 k. 800. L'enfant dès lors, continue à augmenter progressivement pour peser, fin février, 1 k. 990. En mars, elle prend les moyennes suivantes :

80, 70, 60, 80, 70, 60

et, fin mars, elle pèse 2. k. 350.

A partir d'avril, la même nourrice ne lui donne plus que cinq tétées de moyenne :

110, 110, 80, 80, 90

au milieu du mois, son poids est de 2 k. 990.

Le 1er juin, elle pèse 3 k. 610 ; en juillet, 3 k. 810, avec des tétées moyennes de :

150, 130, 100, 100, 80, 70

Or, à ce moment, aucune dent n'est sortie, aucune n'est en évolution. L'enfant est en bon état de santé, mais à la merci de la moindre faute d'alimentation : on ne songe pas encore à la faire partir.

En août, son poids est de 3 k. 830, au début de septembre de 3 k. 700, mais reste stationnaire tout le mois. On la change alors de nourrice, au début d'octobre. Elle a toujours 5 tétées de moyenne :

110, 180, 90, 80, 70.

Le 15 octobre, son poids est de 4 k. 040, en Décembre de 4 k. 820.

En janvier 1912, elle change de nourrice ; elle n'a plus que trois tétées et trois biberons : ses tétées sont de :

170, 150, 160.

elle pèse 4 k. 920. Elle sort enfin le 15 février 1912, âgée de 15 mois, son poids est alors de 5 k. 240 et elle est en excellent état de santé. Au point de vue dentaire, les incisives médianes inférieures sont seulement en évolution. On la place chez une nourrice qui puisse la ramener de temps à autre à la consultation.

Le nourissage à demi-lait a donc plusieurs conséquences heureuses : il permet de donner à tous les nourrissons de l'Assistance publique, même parfois les spécifiques, un lait de même âge et d'excellente qualité.

Etant donnée la facilité du recrutement de ces nourrices, si tel lait ne semble point convenir parfaitement à tel nourrisson, on s'empresse d'en essayer un autre. On a pu voir dans nos observations que certains nourrissons, confiés à des nourrices qui étaient excellentes par ailleurs, restaient stationnaires. Mais dès qu'après tâtonnements, on arrivait à leur donner le lait qui leur convenait, ils se remettaient de nouveau à progresser. Et en confiant à ces mêmes nourrices d'autres enfants tout aussi chétifs, mais différents, on avait également de très bons résultats.

En outre, par ce procédé, la facilité d'achat du lait humain à des prix relativement modiques permet de conserver et de nourrir au sein, sous une surveillance médicale étroite et quotidienne, les nourrissons débiles pour qui un envoi prématuré en nourrice serait néfaste.

CONCLUSIONS

1° La diminution du nombre des abandons et par suite l'abaissement de la mortalité chez les enfants de l'Assistance publique peut être obtenu :

a) Par l'augmentation des secours temporaires et les primes d'allaitement ;

b) En donnant aux mères, les moyens de travailler tout en allaitant leur enfant ;

2° Le taux de la mortalité infantile dans les Crèches départementales peut être également diminué :

a) Par une surveillance médicale attentive et quotidienne ;

b) Par le nourrissage à demi-lait qui permet de donner à chaque nourrisson le lait qui lui convient sous le contrôle de cette surveillance ;

c) Par le placement à l'extérieur des nourrissons assistés, seulement lorsqu'ils ont atteint leur poids physiologique, qu'il s'agisse de malades, de débiles ou de prématurés.

Vu et permis d'imprimer
Montpellier, le 18 juillet 1912.
Le Recteur,
Ant. BENOIST.

Vu et approuvé
Montpellier, le 18 juillet 1912
Le Doyen,
MAIRET.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette Ecole, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe ; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !